

AMS Fragebogen für den Mann ab 40

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mögliche Beschwerden im Zusammenhang mit Testosteron-Mangel bei Männern

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit? Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind. Kreuzen Sie bitte „keine“ an, wenn Sie eine Beschwerde nicht haben.

| Körperliches Wohlbefinden | keine | leichte | mittlere | starke | sehr starke | Punkte |
|--|-------|---------|----------|--------|-------------|-----------------------|
| > Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens <i>(Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Gelenk- und Muskelbeschwerden <i>(Kreuz-, Gelenk-, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Starkes Schwitzen <i>(unerwartete/plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastungen)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Schlafstörungen <i>(Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Erhöhtes Schlafbedürfnis, häufig, müde | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft <i>(allgemeine Leistungsminderung, Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen, Gefühl weniger zu schaffen, zu erreichen; sich antreiben müssen, etwas zu unternehmen)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Abnahme der Muskelkraft <i>(Schwächegefühl)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| Punktzahl | | | | | | |

| Psychisches Wohlbefinden | keine | leichte | mittlere | starke | sehr starke | Punkte |
|--|-------|---------|----------|--------|-------------|-----------------------|
| > Reizbarkeit <i>(Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Nervosität <i>(innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Ängstlichkeit <i>(Panik)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Depressive Verstimmung <i>(Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| Punktzahl | | | | | | |

| Sexuelles Wohlbefinden | keine | leichte | mittlere | starke | sehr starke | Punkte |
|---|-------|---------|----------|--------|-------------|-----------------------|
| > Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Verminderter Bartwuchs | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Nachlassen der Potenz | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| > Abnahme der Libido <i>(weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr)</i> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | <input type="radio"/> |
| Punktzahl | | | | | | |

Tag der Befragung _____ **Auswertung** _____ Gesamtpunktezahl _____

| | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Stärke der Beschwerden: | keine | wenig | mittlere | schwer |
| Gesamtpunktezahl | 17-26 | 27-36 | 37-49 | ≥50 |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ab einer Gesamtpunktezahl ≥37 ist ein Testosteron-Check empfehlenswert.

Quelle: Heinemann et. al.: The Aging Males' Symptoms (AMS) rating scale. Cultural and linguistic validation into English. The Aging Male 2001; 4(1):14-22

Bitte nur ausfüllen, wenn Ihnen Ihre Werte bekannt sind!

Bauchumfang _____ cm Gewicht _____ kg **Ab einem Bauchumfang ≥102 cm ist ein Testosteron-Check empfehlenswert.**

Größe _____ cm Blutdruck _____ / _____ mmHg